



Núm. d'expedient: _____ / _____ / _____

Sol·licitud de revisió del grau de dependència

Dades d'identificació de la persona que sol·licita la revisió

Número d'afiliació a la Seg. Social Nom Primer cognom Segon cognom

Tipus d'identificació Número identificador del document - lletra Número de la Targeta Sanitària (CIP)
 DNI/NIF NIE

Núm. d'expedient

Adreça (si viu en una residència ha de posar el nom i l'adreça)

Viu en un centre residencial Nom del centre
 Viu en el domicili particular

Tipus de via (plaça, carrer, etc) Nom de la via

Número Bloc Escala Pis Porta

Codi postal Població

Telèfon fix Telèfon mòbil Adreça de correu electrònic

Dades de contacte per fer la cita de valoració

Telèfon de contacte Tipus de relació amb la persona sol·licitant

Adreça a l'efecte de notificació (només s'ha d'emplenar en cas que l'adreça sigui diferent de l'apartat anterior)

Tipus de via (plaça, carrer, etc) Nom de la via

Número Bloc Escala Pis Porta

Codi postal Població

Dades d'identificació de la persona representant legal o de l'entitat tutelar (si escau)

Nom Primer cognom Segon cognom

Nom de l'entitat NIF de l'entitat

Tipus d'identificació Número identificador del document - lletra
 DNI/NIF NIE

Tipus de via (plaça, carrer, etc) Nom de la via

Número Bloc Escala Pis Porta

Codi postal Població

Telèfon fix Telèfon mòbil Adreça de correu electrònic

Motiu de la revisió de grau

- Empitjorament de l'estat
 Per noves patologies
 Per millora
-

Declaracions / Autoritzacions

1. Declaro, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'hi adjunta, que compleixo les condicions requerides per accedir a l'objecte d'aquesta sol·licitud i que estic assabentat/ada de l'obligació de comunicar al Departament de Benestar Social i Família qualsevol variació que pugués produir-se d'ara endavant.

2. Declaro que em comprometo a aportar els documents que es requereixin relacionats amb la finalitat d'aquesta sol·licitud.

3. Declaro que estic informat/ada que l'aportació de dades o documents falsejats o inexactes podrà ser motiu per deixar sense efecte la meua sol·licitud o l'atorgament de les prestacions econòmiques o de serveis, sense perjudici que es puguin emprendre les accions legals procedents.

4. Declaro que estic informat/ada del contingut de l'apartat de comunicació que consta en aquesta sol·licitud.

5. **Autoritzo** el Departament de Benestar Social i Família a facilitar les dades aportades quan una altra administració o organisme les requereixi per fer els tràmits en què sóc part interessada.

Si **no voleu** donar aquesta autorització, senyaleu la casella següent:

Localitat

Data

Signatura de la persona sol·licitant

Signatura de la persona representant legal

Manifestació de la causa per la qual no es pot signar

Documentació que cal adjuntar

- Acreditació de la representació legal per la qual s'actua.
 Original i fotocòpia, o fotocòpia compulsada del NIE de la persona representant legal, si escau, que haurà d'estar vigent.
 Fotocòpia de la resolució judicial, en cas d'incapacitació i acta d'acceptació de tutela que ho acrediti.
 Informe de salut, segons el MODEL 1 adjunt a aquest imprès de sol·licitud, on constin els diagnòstics de salut o la situació nova que justifiquen la revaloració.
-

D'acord amb l'habilitació legal establerta en la disposició addicional 7a de la Llei 2/2014, no caldrà aportar: DNI/NIF de la persona sol·licitant, del representant legal (si escau) o NIF de l'entitat tutelar.

Requisits i documentació per a la sol·licitud de nova valoració del grau

Requisits

Poden presentar la petició aquelles persones que, havent fet la sol·licitud de reconeixement de dependència, ja hagin estat valorades i hagin rebut la resolució del grau de dependència, i que, segons la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència, vulguin exercir el seu dret a demanar la revisió de la valoració que se'ls va fer, tot justificant, documentalment mitjançant l'informe mèdic adjunt de data posterior a l'anterior valoració, el canvi que ha sofert respecte a la situació anterior.

El requisit general per sol·licitar la nova valoració és que, des del moment de la valoració anterior, s'hagi produït un canvi en la situació de dependència amb una evolució de 6 mesos a la qual s'hagin aplicat les mesures terapèutiques i rehabilitadores, i que a criteri mèdic estigui en situació d'estabilització.

Comunicació del Departament de Benestar Social i Família a la persona sol·licitant

1. En compliment de l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran al fitxer "Sistema per l'autonomia i l'atenció a la dependència, en l'àmbit competencial del Departament". La finalitat del fitxer és la de gestionar els procediments de reconeixement de la situació de dependència i d'elaboració del programa individual d'atenció.

Així mateix, us comuniquem que les vostres dades se cediran a l'Agència Estatal d'Administració Tributària, d'acord amb la Llei 58/2003, de 17 de desembre, general tributària; a l'Institut Nacional de la Seguretat Social, d'acord amb el Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei general de la Seguretat Social, i a ens locals o entitats públiques, d'acord amb les seves competències vinculades en matèria de serveis socials.

La unitat responsable del fitxer és la Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal i les dades recollides s'emmagatzemaran amb les mesures de seguretat i confidencialitat establertes legalment.

Teniu dret a accedir a les dades facilitades, rectificar-les, cancel·lar-les i a oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes per la legislació vigent. Per exercir aquests drets, heu d'adreçar un escrit a la Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal per correu postal (Passeig del Taulat, 266-270 08019 Barcelona) o correu electrònic (adreçat a dg_sispap.benestar@gencat.cat i signat electrònicament amb el DNI electrònic o certificat digital reconegut).

Amb la vostra signatura, autoritzeu la unitat responsable del fitxer per al tractament de les vostres dades amb les finalitats indicades.

2. De conformitat amb la disposició final primera de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència, i amb la disposició addicional desena de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, el termini per emetre i notificar la resolució és de 6 mesos, i el sentit del silenci administratiu és desestimatori.

3. D'acord amb l'art 35 de la Llei 26/2010, del 3 d'agost de règim jurídic i de procediment de les administracions públiques de Catalunya, s'entén per declaració responsable el document subscrit per la persona interessada en què declara, sota la seva responsabilitat, que compleix els requisits establerts en la normativa vigent per accedir al reconeixement d'un dret o facultat o per al seu exercici, que disposa de la documentació acreditativa corresponent i que es compromet a mantenir-ne el compliment durant la vigència d'aquest reconeixement o exercici. La presentació de la declaració responsable faculta el Departament a verificar la conformitat de les dades que s'hi contenen sempre que sigui possible, o bé a efectuar el requeriment de documentació quan sigui necessari.

4. D'acord amb la disposició addicional setena de la Llei 2/2014, de 27 de gener, de mesures fiscals, administratives, financeres i del sector públic, publicada el dia 30 de gener al DOGC, el departament competent en matèria de serveis socials està habilitat per poder comprovar, d'ofici i sense consentiment previ de les persones interessades, les dades personals declarades per les persones sol·licitants de les prestacions per la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, i pel Decret que aprova la Cartera de serveis socials, i, si escau, les dades identificadores, la residència, el parentiu, la situació de discapacitat o dependència, el patrimoni i els ingressos dels membres de la unitat econòmica de convivència, amb la finalitat de comprovar si es compleixen en tot moment les condicions necessàries per a la percepció de les prestacions i en la quantia legalment reconeguda.

MODEL 1

Informe de salut per a la sol·licitud de revisió del grau de dependència

Dades d'identificació de la persona que sol·licita la situació de dependència

Número d'afiliació a la Seg. Social Nom Primer cognom Segon cognom

Tipus d'identificació Número identificador del document - lletra Número de la Targeta Sanitària (CIP)
 DNI/NIF NIE

Dades del/de la metge/essa que emet l'informe

Nom Primer cognom Segon cognom

Núm. de col·legiat/ada Unitat productiva Centre

Informe

Indiqueu el diagnòstic de les malalties, els trastorns o altres condicions de salut relacionades amb la situació de dependència

Té diagnosticada una malaltia rara? Sí No

Diagnòstic	Codi (1)	Data

Indiqueu les observacions que considereu rellevants en relació amb l'estat de salut de la persona pel que fa a les malalties principals, trastorns o altres condicions de salut, i de manera especial pel que fa a la història evolutiva, els tractaments rebuts i, si escau, els ajuts tècnics, ortesis i pròtesis prescrits en relació amb la dependència.

Amb les mesures terapèutiques adequades, indiqueu si la situació actual de dependència probablement es pot modificar en els propers sis mesos:

es mantindrà més o menys igual millorarà empitjorarà

Localitat

Data d'emissió

Signatura del/de la metge/essa que emet l'informe

Segell

(1) Codi corresponent a la classificació internacional de malalties (CIM-10).